

Zadania pielęgniarki w terapii bólu

(Nursing tasks in pain therapy)

A Sochacka¹, A Lewandowska¹, I Brukwicka¹, Z Kopański^{2,3},
M Wojciechowska², A Kurowski¹

Streszczenie - W artykule scharakteryzowano różne typy bólu. Omówiono towarzyszącą autonomiczną, emocjonalną i behawioralną odpowiedź ustroju. Szerzej omówiono rolę pielęgniarki w terapii bólu.

Słowa kluczowe - rodzaje bólu, odpowiedź organizmu na ból, rola pielęgniarki w terapii bólu.

Abstract - The article characterizes different types of pain. The autonomic, emotional and behavioural responses of the system were discussed. The role of a nurse in pain therapy was discussed in greater detail.

Key words - types of pain, organism's response to pain, the role of a nurse in pain therapy.

I. KRÓTKO O BÓLU

Ból jest to nieprzyjemne, zmysłowo-emocjonalne odczucie, które powodowane jest istniejącym lub potencjalnym zagrożeniem uszkodzenia tkanek lub narządów. Towarzyszy temu autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź ustroju. Może odgrywać on różną rolę: [1,2,3]:

Afiliacja:

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu.
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).

3. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński.

- Ból fizjologiczny (receptorowy)- rodzaj zmysłu, czucie nocycytywne, ma rolę informacyjno-ostrzegawczą (EUDYNIA)
- Ból patologiczny (niereceptorowy, neuropatyczny)- objaw choroby lub dokonanego uszkodzenia, uczucie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek (ból przewlekły- MALEDYNIA- przewlekłe zmiany anatomiczne w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym)
- Ból niereceptorowy (psychogeny)

Wymienia się kilka typów bólu [2,4]:

- Ból somatyczny, intensywny lub ostry- odczucia bólowe trudne do zlokalizowania i stałe. W ich powstaniu bierze udział wiele wiązek nerwowych. Intensywny ból może być dolegliwością ciągłą, pojawiać się z przerwami lub pozostawać utajony. Przyczyną mogą być choroby i różne uszkodzenia. Ból ten ustępuje po pewnym czasie, a przy najwyższym nasileniu mogą mu towarzyszyć inne objawy, np. wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie akcji serca, pocenie się.
- Ból przenoszony czyli trzewny- powstaje w narządach wewnętrznych. Może być odczuwalny w innych miejscach, ponieważ przenoszony jest przez gałęzie nerwów i promieniuje w okolicach prawdziwego źródła bólu.
- Ból skóry- jest jednym z najczęstszych rodzajów bólu. Występuje po bardzo intensywnym bodźcu i , ma różny charakter. Może być ostry oraz ściśle zlokalizowany, jak ukłucie szpilką lub jak po oparzeniu albo nieokreślony i przerywany, jak po niektórych urazach.
- Bóle nerwowe- odczuwane są wtedy, gdy zostaje

uszkodzony nerw i przekazuje samoistne urazy bólowe do mózgu. Ból nerwowy może być następstwem choroby w obrębie mózgowia, co zdarza się w udarach mózgu. Oprócz bólu pochodzenia wewnętrznego może występować pewien szczególny ból mózgowy, kiedy uszkodzony zostaje mechanizm analizujący dopływające bodźce i mózg zaczyna odczuwać każdy bodziec jako bolesny.

- Bóle psychogenne- są nazywane także bólami fantomowymi. Odczuwa się go po amputacjach kończyn w nieistniejącej już części ciała. Są wyjątkowo silne i przykre. Z czasem ustępują i mózg zaczyna prawidłowo lokalizować ból pochodzący z rzeczywistych obszarów ciała.
- Ból przewlekły- zaczyna się jako ostry, po czym nie ustępuje, ale stabilizuje się na pewnym poziomie, przez co traci charakter sygnału alarmowego. Występuje przy wielu chorobach. Jego przewlekłość nie oznacza, że utrzymuje się przez całą dobę. Często zdarza się, że pojawia się cyklicznie o określonych porach.

Anatomiczna klasyfikacja bólu [3,4]:

- Kauzalgia- nerwoból z komponentą vegetatywną + dystrofia; dotyczy urazów dużych nerwów, zawierających dużą liczbę włókien współczulnych, takich jak nerw pośrodkowy i kulszowy. Są to ciągle palące, piekące bóle oraz objawy vegetatywne dystroficzne (układ współczulny), patomechanizm –“ krótkie spięcie” (hiperalgezia)
- Ból fantomowy- ból przewodowy- 10% amputacji; patomechanizm czyli utrwalona pamięć bólu przed operacją lub patologiczna impulsacja z nerwiaków przeciętego nerwu
 - TERAPIA: Środki przeciwbólowe – nieskuteczne, blokady przewodnictwa, neuroliza-alkohol, fenol
- Ból ośrodkowy- zmiany organiczne lub czynnościowe w samym mózgu (mózg nie posiada receptorów bólowych). Bóle głowy są skutkiem aktywacji receptorów naczyniowych i opony twardej tworzącej zatoki
 - ból organiczny:
 - uszkodzenie wzgórza lub kory płata ciemieniowego z upośledzeniem czucia i dyskinezami (udar mózgu)
 - uszkodzenie korowe wywołują padaczkę ogniskową
 - uszkodzenie pnia z niedoczulicą połowiczą bolesną
 - ból czynnościowy (psychogeny)

- bóle mięśniowe w depresji
- bóle regionalne :
 - ✓ Uogólnione; dotyczą głowy lub całego ciała. Ucisk punktu spustowego wywołuje palenie, pieczenie.
 - ✓ Nawarstwione: połączenie bólu organicznego i bólu psychogenego. Są to bóle receptorowe, ale ich źródło leży w psychice chorego. Mogą naśladować każdy rodzaj bólu organicznego, towarzyszą mu objawy nerwicowe, lękowe i depresyjne (osobowość histeryczna)

II. PIELĘGNIARKA W TERAPII BÓLU

Personel pielęgniarski odgrywa kluczową rolę w zwalczaniu bólu pooperacyjnego u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym. Wszystkie działania podejmowane przez pielęgniarki powinny polegać na współpracy z lekarzem, zarówno chirurgiem, jak i anestezjologiem. Każdy pacjent poddawany planowej operacji powinien być poinformowany o metodach zwalczania pooperacyjnych dolegliwości bólowych.[5,6,7]

Pacjent powinien wiedzieć, że po zabiegu może występować ból, jednak istnieją skuteczne metody jego łagodzenia. Ból pooperacyjny powinien być systematycznie kontrolowany, a chory powinien mieć możliwość w każdej chwili domagać się jego złagodzenia. Pacjent powinien również wiedzieć, że po zastosowanym w trakcie zabiegu znieczuleniu mogą pojawić się objawy niepożądane, takie jak nudności czy wymioty. Pielęgniarka opiekująca się chorym po zabiegu, narażonym na doznania bólowe, powinna rozpoznawać niewerbalne objawy bólu (przyspieszenie i spłycenie oddechu, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość, niewielki wzrost ciśnienia tętniczego, grymasy na twarzy, płacz, lamentowanie, jęczenie, wzdychanie, niekiedy przeklinanie), które może demonstrować chory oraz szybko reagować na sygnalizowane dolegliwości w celu zapobiegania niekorzystnym skutkom bólu. Do zadań pielęgniarki należy regularna ocena nasilenia dolegliwości bólowych i odnotowywanie ich w specjalnych kartach obserwacji.

Ważnym elementem zapewnienia odpowiedniej opieki pooperacyjnej jest obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań (depresja oddechowa, nudności, wymioty, świąd skóry, niedrożność porażenna jelit) związanych z podawaniem analgetyków, dlatego też pielęgniarka opiekująca się chorym, u którego prowadzone jest leczenie przeciwbólowe, powinna obok stopnia nasilenia bólu, prowadzić także obserwację hemodynamiki (ciśnienie tętnicze, tętno), wentylacji (częstość oddechów, saturacja) i perystaltyki jelit. Wskazana jest także obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika do kanału kręgowego, a co za tym idzie prawidłowe zabezpiecze-

nie go opatrunkiem mocującym, chroniącym go przed przypadkowym przemieszczeniem się lub niezamierzonym wysunięciem. Równolegle z oceną podstawowych parametrów życiowych konieczna jest również obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku ewentualnego krwawienia bądź też rozejścia się brzegów rozcięcia. Istotne znaczenie ma także kontrola drożności wyprowadzonych z rany operacyjnej drenów oraz kontrola ilości i jakości wypływającej wydzieliny. Pielęgniarka we współpracy z lekarzem podaje leki przeciwbólowe, dostosowując ich dawkę do wieku pacjenta, jego wagi, zastosowanego znieczulenia czy rodzaju zabiegu chirurgicznego. Leki przeciwbólowe powinny być podawane regularnie z wyprzedzeniem. Pielęgniarki spędzają najwięcej czasu z pacjentami odczuwającymi ból, dlatego też ich rola jest kluczowa i polega na: identyfikacji pacjenta cierpiącego z powodu bólu, ocenie nasilenia bólu, ścisłej współpracy z wielospecjalistycznym zespołem w koordynowaniu leczenia bólu, rozpoczęciu działań mających na celu złagodzenie bólu, ocenie skuteczności metod łagodzenia bólu. W związku z udziałem pielęgniarek w zwalczaniu bólu pooperacyjnego powinny one mieć wiedzę w zakresie znajomości mechanizmów powstawania bólu, znajomości metod oceny nasilenia i łagodzenia bólu, a także określone umiejętności m.in. w zakresie edukacji pacjentów i ich rodzin.[3,4,6,7]

Pomocne jest przekazanie pacjentowi, a w przypadku dzieci ich rodzicom, informacji o bólu pooperacyjnym i metodach jego leczenia. Te informacje powinny zawierać najważniejsze dane, dotyczące [1]:

- metod pomiaru bólu
- metod leczenia bólu
 - nauczania leczenia bólu pooperacyjnego dla procesu leczniczego

Informacja powinna być przekazywana pacjentowi jako:

- informacja słowna
- informacja słowna lub audiowizualna (broszury, plakaty, filmy wideo lub strony www)

Przedoperacyjna rozmowa z pacjentem, z jego prawnymi opiekunami lub krewnymi powinna koncentrować się na [5,6,7]:

- Uzyskaniu informacji dotyczących poprzednich doświadczeń odczuwania bólu i jego preferencji w zakresie postępowania przeciwbólowego,
- Omówieniu z chorym narzędzi, przy pomocy których będzie mierzone u niego natężenie bólu i nauczanie go posługiwania się nimi oraz ustalenie poziomu na-

tężenia bólu, przy którym będzie wdrażane postępowanie przeciwbólowe,

- Przekazaniu pacjentowi informacji dotyczących metod postępowania przeciwbólowego, które mogą być u niego zastosowane,
- Omówieniu z pacjentem planu postępowania przeciwbólowego, które będzie u niego zastosowane,

Wyjaśnieniu pacjentowi znaczenia przekazywania przez niego prawdziwej informacji o jego odczuciach bólowych (unikanie stoicyzmu i zawyżania wartości poziomu bólu) dla całości procesu terapeutycznego.

III. ZABIEGI PIELEGNACYJNE

Bardzo skuteczne w walce z bólem są odpowiednie zabiegi pielęgnacyjne, takie jak zmiana pozycji chorego, wykorzystanie udogodnień, masaż, unieruchomienie, stosowanie ciepła i zimna. Pielęgniarka może także podjąć działania zmierzające do podwyższenia progu bólowego: zapewnić pacjentowi komfort psychiczny, zadbać o ciszę i spokój, odwrócić jego uwagę i łagodzić lęk. Obecność pielęgniarki zwiększa poczucie bezpieczeństwa, a tolerowanie pewnych zachowań chorego (krzyk, jęk, płacz) pozwala czasem na rozładowanie napięcia. Każdy człowiek ma prawo do życia bez bólu. Sposoby walki z bólem różnią się w zależności od rodzaju bólu, jego intensywności i lokalizacji. Każda skarga osoby cierpiącej powinna być osobna rozpatrywana, a metoda walki z bólem dobierana indywidualnie.[8]

Oznacza to, że do walki z bólem powinni być angażowani specjaliści z różnych dziedzin w ramach współpracy interdyscyplinarnej. Nie wolno też zapominać o potrzebach psychicznych chorych oraz ich wpływie na przebieg leczenia.

IV. PIŚMIENNICTWO

- [1] Dobrogowski J (red.). Ból i jego leczenie. Warszawa; Springer PWN, 1999.
- [2] Wołowicka L. Anestezjologia i intensywna opieka - Klinika i pielęgniarstwo. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007.
- [3] PolPharma. Analgezja, podstawy leczenia bólu. Warszawa; PolPharma, 2011.
- [4] Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Drobnik L. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia. Ból; 2008;9,28-36.
- [5] Bowden J. Postoperative pain relief. Pain relief. Curr Obstet Gynecolo 1996; 6,58-67.
- [6] Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Lublin; Wydawnictwo Czelej, 2006.

- [7] MacLean K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. J Adv Nurs 2004; 46,32-38.
- [8] De Loach JE. Pielęgniarstwo w chirurgii ogólnej. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1984,